

Listning ska ske på primärvårdsenhet, inte på läkare!

I Läkartidningen 17/97 beskriver Göran Sjönell sin vision om primärvårdsstyrd sjukvård.

Göran Sjönelles förslag till »primärvårdsuppdrag» är något som borde betonas mycket mer i alla husläkardiskussioner. Här ingår hemsjukvård, jourverksamhet, distriktssköterska, rehabilitering, mödra- och barnhälsovård och inte minst forsknings- och utvecklingsarbete.

En gång, under diskussioner med Göran Sjönell, före husläkarlagens utformande, fick jag en vision om ett system där sammanhållen primärvård kombinerades med ett kapiteringssystem.

Min vision var primärvårdsenheter, där alla dessa funktioner skulle ingå. Enheten skulle få en summa för varje invånare som hörde dit, beräknad enligt någon form av index. Denna summa skulle räcka för all primärvård för denna individ.

Enheten skulle själv avgöra om den ville anställa alla kompetenser eller om den ville köpa tjänster utifrån.

Inom enheten skulle patienterna fördelas mellan läkare, sköterskor etc på ett sätt som man själv styrde över, och som var tillräckligt bra för att locka patienter till enheten.

Vi vet alla hur det blev. Den enskilda faktor som varit mest påfrestande för distriktsläkarnas arbetsmiljö har varit listningen på enskild läkare, kombinerat med patientens förväntningar. På många ställen framför allt i Stockholm har dessutom primärvårdsdelar sålts ut till olika aktörer, med följd att samarbete och vårdkedjearbete försvårats.

Dålig arbetsmiljö permanentas

I Göran Sjönelles aktuella vision finns läkarcentreringen kvar. »Alla ska ha rätt att lista sig hos en allmänläkare i vården.» Ett sådant system ger fortfarande möjlighet för finansären att sälja ut primärvårdsdelar, samtidigt som en dålig arbetsmiljö permanentas.

Ett system där patienten listar sig på en vårdenhet motsäger inte att patienter ska veta vem som är deras läkare. De

KORRESPONDENS

som kan erbjudas kontinuitet är framför allt de som söker under dagtid och med viss regelbundenhet. De som söker akut, sporadiskt och/eller under jourtid har liten chans att träffa »sin» doktor, oavsett vilket system som råder.

Jag anser att läkarna på varje vårdenhet själva är de som bäst kan lösa hur patienterna ska fördelas mellan dem – efter listning, efter område, efter nationalitet eller vad det nu kan vara som passar just på denna vårdenhet. Fördelningssättet ska inte styras genom lagstiftning eller påbud utifrån!

Ingrid Eckerman
dr, ordf i Saco-rådet
sydöstra sjukvårdsområdet
Stockholms läns landsting

Kikhostevaccin med en komponent – säkert och effektivt

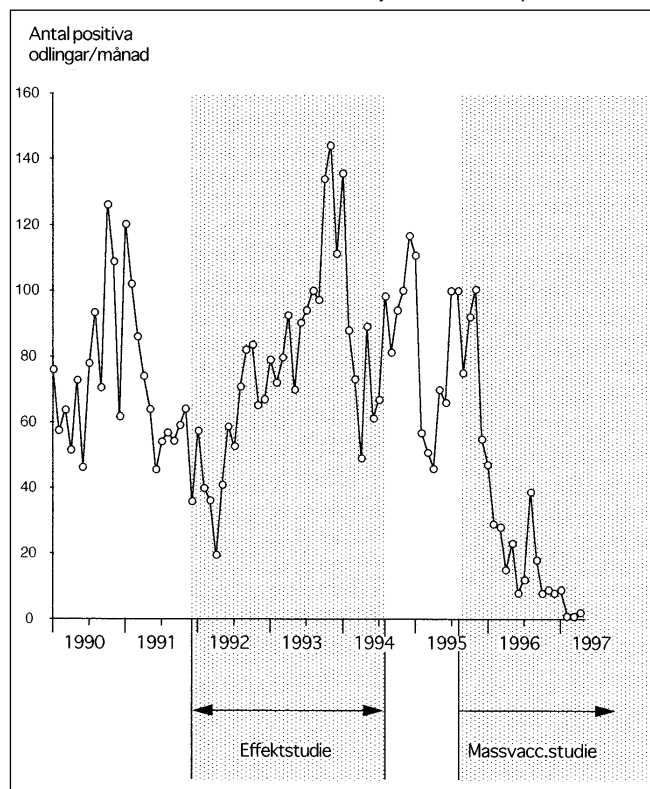
I Läkartidningen 22/97 anger Smittskyddsinstitutet under vinjetten Smittnytt att en prövning av flerkomponentvacciner mot kikhosta »ger stöd för det svenska vaccinationspro-

grammet, dvs med tre- eller femkomponentvaccin som DTP...» [1]. Då detta kan uppfattas som att det bara är tre- eller femkomponentvacciner som kan ingå i det allmänna vaccinationsprogrammet vill vi påpeka att Läkemedelsverket 1996 godkände ett enkomponentvaccin mot kikhosta kombinerat med difteri–stelkrampsvaccin (DiTeKik) och att även detta vaccin kan användas inom det allmänna vaccinationsprogrammet. I Läkemedelsverkets läkemedelsmonografi om DiTeKik anges att »... den bedömning som gjorts är att (de i Sverige godkända) vaccineras effekt avseende skydd mot kikhosta är ungefär likvärdig» [2]. Resultaten i den nu redovisade prövningen från Smittskyddsinstitutet innehåller inte några data som ändrar denna bedömning.

Enkomponentvaccin prövat

Sedan 1987 har prövningar av enkomponentvaccinet genomförts i Västsverige [3]. 1995 påbörjades en massvaccinationsstudie, som avser att eta-

Figur 1. Antal positiva kikhosteodlingar vid bakteriologiska laboratoriet i Göteborg under perioden januari 1990–april 1997.



blera »herd immunity» mot kikhosta. Spädbarnen får vaccin mot difteri, stelkramp och kikhosta på barnvårdscentralen vid 3, 5 och 12 månader. Barn över ett år får tre injektioner av enbart kikhostevaccin med minst två respektive sex månaders mellanrum. Cirka 50 000 barn har hittills vaccinerats.

Sedan januari 1997 är det nya enkomponentvaccinet mot kikhosta också godkänt i Danmark, där spädbarnen får ett kombinerat vaccin mot difteri, stelkramp, kikhosta och polio vid samma åldrar som i Sverige. Cirka 5 000 spädbarn påbörjar vaccination varje månad.

Varken från Danmark eller Västsverige finns några rapporter om kollapstillstånd av den typ som förekommit efter alla i Sverige prövade flerkomponentvacciner.

På Läkemedelsverkets Pharmacovigilancekonferens i april 1997 framkom att 18 sådana kollapstillstånd också hade rapporterats efter ett trekomponentvaccin mot kikhosta (Infanrix), som inte ingått i någon svensk prövning, men som sedan början av 1996 använts i större delen av Sverige [Ingrid Trolin, Läkemedelsverket, pers medd].

I den västsvenska massvaccinationsstudien, som fortsätter under 1998, finns nu tecken på att smittspridningen av kikhosta har minskat kraftigt (Figur 1). Under 1997 har Bordetella pertussisbakterier bara påvisats med odling från 13 patienter [G Zackrisson, Lena Lind, Bakteriologiska laboratoriet, Göteborg, pers medd]. Även antalet sjukhusvårdade fall av kikhosta hos spädbarn under 6 månaders ålder har minskat. Detta visar att »herd immunity» har börjat etableras i studieområdet efter användning av ett enkomponentvaccin mot kikhosta.

John Taranger
Birger Trollfors
projektansvariga läkare, Kikhostestudien i Göteborg

Referenser

1. Efficacy trial of acellular pertussis vaccines. Technical Report Trial II. Stockholm: Swedish Institute for Infectious Disease Control, Sweden, 1997.
2. Läkemedelsmonografi: Di-Te-Kik. Uppsala: Information från Läkemedelsverket 1996; nr 2: 39-40.
3. Trollfors B, Taranger J, Lagergård T, Lind L, Sundh V, Zackrisson G et al. A placebo-controlled trial of a pertussis toxoid vaccine. N Engl J Med 1995; 333: 1045-50.